

A DOENÇA PREEXISTENTE E SUA IMPLICAÇÃO NO CONTRATO DE SEGURO DE VIDA E NO CONTRATO DE SEGURO-SAÚDE NO MUNDO CONTEMPORÂNEO

*Nelson Freitas Zanzanelli**

RESUMO

O Sistema Único de Saúde, por não trazer o respaldo necessário à população, tem admitido a exploração do atendimento e tratamento à saúde procedido pela iniciativa privada. Ocorre que diante do problema econômico e do direito custo envolvido no sistema capitalista, cada vez mais são enfrentados diversos litígios quanto à cobertura do contrato de seguro de vida ou de saúde, principalmente quando se remonta à ideia da boa-fé ou da má-fé diante da noção da doença preexistente e seu impacto como exclusão de coberturas nos seguros no direito brasileiro. Apesar de os consumidores celebrarem contratos, ao longo de suas vidas, com as companhias de seguros, em virtude da ineficiência estatal, e pagarem corretamente seus prêmios, às vezes eles passam a não ter a cobertura almejada em razão de surgimento de dúvidas perpetradas quanto à existência de uma doença anterior à contratação, no afã de impossibilitar o pagamento por meio de indenização ou contraprestação em favor do próprio segurado, no caso do seguro-saúde, ou de seu(s) beneficiário(s) no caso do seguro de vida. Justifica-se este artigo com base nos princípios constitucionais e contratuais, na busca da segurança jurídica e da dignidade humana ao firmarem a seguradora e o segurado o negócio jurídico perfeito e

* Especialista em Direito do Consumidor pelo Cogea da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestre em Direito Comercial pela mesma Universidade. Professor de Direito Empresarial e Direito do Consumidor do Centro Universitário Radial e da Universidade São Judas Tadeu.

acabado, esperando-se que, na necessidade de sua utilização, seja, de fato, cumprido o negócio jurídico. Por essa razão, cabe demonstrar a eficácia da cobertura ou não da apólice diante da demonstração da existência da doença preexistente, devidamente diagnosticada, precedentes de diagnósticos que seriam essenciais a demonstração do direito tanto da seguradora em recusar o risco como do segurado de estar coberto na necessidade da utilização do benefício contratual.

Palavras-chave: Saúde; Doença preexistente; Seguro-saúde; Consumidor.

ABSTRACT

The purpose of this study is to define the concept of a preexisting illness before the execution of health and life insurances and its impacts on the coverage exclusion. Although consumers normally contract insurance policies along their lives and correctly pay the premium, insurance companies sometimes deny the payment of the indemnification claiming the preexistence of a disease before the execution of the proper contract. Therefore, this study analyses several aspects that evidence the abuse of the contractual clause that enables the insurance company to deny the payment of an indemnification due to a consumer in case of death or disease. In view of the foregoing, the insurance company intending to use such clause must provide conclusive evidences that the disease already existed, in order to be able to deny the payment. If there is no initiative in this sense, the clause will be deemed inequitable or abusive, because the insurance company assumed the risk associated to this deal and received the insurance premium.

Keywords: Health; Pre-existing illness; Health Insurance; Consumer.

INTRODUÇÃO

Diante do tema sugerido – Novos Direitos: a evolução do Direito no século XXI – tomo a liberdade de explorar e desenvolver, sem esgotar o tema, a relação entre o segurado e o segurador, diante da celebração do contrato de seguro-saúde e do seguro de vida, no tocante ao problema exclusivo da doença preexistente e sua cobertura.

Não se trata de estudar a lei que regula o seguro-saúde ou o seguro de vida, mas, apenas, enfocar, de forma sucinta e preocupante, a questão no que se refere à inclusão da cláusula que dispõe sobre a doença preexistente e suas consequências sociais e jurídicas.

Para tanto, é importante discorrer sobre a abrangência das cláusulas restritivas que limitam as responsabilidades das seguradoras, inviabilizando ao consumidor o recebimento do valor indenizatório contratado nos termos inseridos no contrato de seguro, quer seja de seguro-saúde, quer seja de seguro de vida, quanto à vedação ou não da cobertura do seguro, caso haja uma doença que agrave o risco assumido.

Este assunto tem sua relevância sob os aspectos social, econômico e legal para que tomemos conhecimento acerca das cláusulas inseridas no contrato pré-confeccionado pela seguradora, ficando o instrumento à mercê dos termos e condições nele previstos.

BREVE NOÇÃO HISTÓRICA DO SEGURO-SAÚDE E DO SEGURO DE VIDA

Antes de analisar o tema em questão, é importante afirmar que a existência do seguro está diretamente relacionada à intenção do ser humano em proteger os bens que sejam para ele considerados valiosos. Um bem torna-se valioso desde que existam dois elementos fundamentais, enfocados na Economia e no Direito Econômico e Empresarial, que são a *procura* e sua *escassez*.

Como em todas as relações humanas, existe o risco de dano ao bem que se busca proteger, como exemplo, a perda de bens móveis, avarias dos mais diversos gêneros, doenças e a própria vida.

Deste modo, a proteção à vida e a proteção à saúde surgem com o próprio desenvolvimento da sociedade contemporânea, passando a valorar a previdência para proteger tanto o segurado como terceiros, inseridos na qualidade de beneficiários e/ou dependentes da apólice, em busca de um

bem maior, qual seja, a proteção corporal ou patrimonial na perda de um ente ou da saúde a ser coberta.

Nas lições de Pedro Alvim (1983, p. 1), a proteção ao seguro resume-se como a “fonte de inspiração de todos os processos imaginados para prevenir ou suavizar os efeitos negativos do risco para o patrimônio, a saúde ou a própria vida”.

Corroborando a noção de proteção ao bem tutelado, João Américo Peón de Sá nos ensina que

A previdência surge ou apresenta-se como instrumento de anterioridade do futuro. O mutualismo como força de realização comunitária. E a seguridade como identificação dos meios de toda ordem, na busca de prover ao corpo social e a cada indivíduo maior e melhor grau de sobrevivência. O seguro instala-se como instrumento social, objetivo, racional, utilizado para redução da incerteza. (SÁ, 1997).

A ideia da previdência e do mutualismo, segundo Weber José Ferreira (1985, p. 32), no tocante à proteção do elemento vida, trazia, mesmo nas civilizações anteriores à era de Cristo, o objetivo de se proteger mutuamente contra os riscos e prejuízos decorrentes de dias chuvosos, doenças, desastres e outros infortúnios relacionados à perda da vida.

Neste sentido, em Roma, as camadas mais pobres da população, às vezes fomentadas pelos nobres, criavam reuniões denominadas *sodalitia* ou *collegia*, que tinham por fim angariar meios para os funerais e despesas com a sepultura honrosa dos escravos ou dos menos abastados. Porém, somente em 1762, em Londres, foi constituída a sociedade *The Society for Equitable Assurances on Lives and Survivorships*, estabelecendo de forma sólida o seguro de vida para aceitação do povo inglês.

Neste sentido, Manuel Soares Póvoas (2000, p. 66) e Antonio Carlos Otoni Soares (1975, p. 18) são unânimes ao afirmar que o seguro de vida começou a ser operacionalizado no momento em que a sociedade seguradora teve conhecimento da tábua da mortalidade, dos cálculos de probabilidade

e, também, passou a exigir do segurado uma declaração de saúde, o que limitava o risco de morte, apesar de essa exigência ser feita apenas no primeiro ano de cobertura.

Com relação ao seguro-saúde, a ideia de cobertura surge de forma eficaz como demonstra na realidade, para os planos de saúde, medicina em grupo e seguro-saúde, de fato, com a necessidade de dizimar as doenças e buscar um tratamento digno, em pleno século XX, sob o manto do Estado e das discricionariedades voltadas à atividade e à iniciativa privada.

Demonstrado está nos artigos 196 e 197 da Constituição Federal de 1988, nos quais se prevê a prestação do serviço em busca da função social e da dignidade humana, sempre pautada como um dos princípios fundamentais do direito, no afã de viabilizar o tratamento à saúde aos cidadãos, tendo em vista a ineficiência básica da saúde prestada pelo Estado.

DO SEGURO EM GERAL NO DIREITO BRASILEIRO

O seguro, no esteio da melhor doutrina, é a transferência do risco de uma pessoa para outra, em que o segurador se compromete a assumir a obrigação de pagar o sinistro em caso de evento danoso em favor do segurado (ALVIM, 1983, p. 59; COELHO, 2003, p. 152).

Ao se conceder um seguro a alguém, existe toda uma técnica a ser apurada pela seguradora para que esta não tenha prejuízos de grande monta capazes de inviabilizar esse tipo de operação, isto é, sua cobertura e cumprimento contratual.

Deste modo, para se tornar o seguro eficaz, deve haver a estatística matemática sobre determinado evento, chamado de cálculo atuarial, além do princípio do mutualismo, sob pena de este instituto não ser suficiente para garantir os bens dos segurados (COELHO, 2003, p. 152).

Nesta seara, diante da cobrança de prêmio por parte da seguradora, esta deve garantir ao segurado ou aos seus beneficiários o direito de receber uma indenização, no caso do seguro de dano, ou de uma contraprestação, em caso de

seguro de vida, sob pena de inadimplemento da proteção garantida nos termos da função social do contrato de seguro.

Pedro Alvim (1983, p. 65), mencionando Hemand, em sua definição clássica que passamos a retratar, dispõe que

o seguro é uma operação pela qual, mediante o pagamento de uma pequena remuneração, uma pessoa, o segurado, se faz prometer para si próprio ou para outrem, no caso de realização de um evento determinado, a que se dá o nome de risco, uma prestação de uma terceira pessoa, o segurador, que, assumindo um conjunto de riscos, os compensa de acordo com as leis da estatística e o princípio do mutualismo.

Neste sentido, tratando-se da modalidade de seguro de vida e de seguro-saúde, no teor do artigo 757 do Código Civil vigente, “o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo à pessoa ou à coisa, contra riscos predeterminados”.

Caio Mário da Silva Pereira (2004, p. 451), ao definir o seguro, entende que é “o contrato por via do qual uma das partes (segurador) se obriga para com a outra (segurado), mediante o recebimento de um prêmio, a garantir interesse legítimo desta, relativo à pessoa ou à coisa, contra riscos futuros predeterminados”.

Por este conceito a noção de seguro pressupõe a noção de risco, por estar o indivíduo exposto a eventualidades de um dano à sua pessoa ou a um bem seu, a fim de ser protegido e querendo evitar-se levar o segurado à ruína (GOMES, 1998, p. 411; RODRIGUES, 2003, p. 332).

CONCEITO DO SEGURO-SAÚDE E DE VIDA NO DIREITO BRASILEIRO

Visto o conceito aplicado no Código Civil, podemos aplicar o mesmo conceito para o seguro de vida e o de saúde, visto que existem para que alguém, mediante um pagamento de um prêmio, tenha assegurado o risco que recai sobre a vida ou o tratamento de sua saúde.

CONCEITO DE SEGURO-SAÚDE

Diante do conceito do artigo 757 do Código Civil, é importante frisar que até o ano de 1998 não havia uma legislação específica que disciplinasse o seguro-saúde, e apenas se recorria às regras do Código Civil e do Decreto-lei nº 73/66, supervisionadas pela Susep.

Desde outrora, os seguros saúde operados por seguradoras, de acordo com os ensinamentos de Ricardo Bechara Santos (1999, p. 45), não se confundiam com os contratos de prestação de serviços celebrados por “empresas administradoras de planos de saúde ou de medicina em grupo”.

Deste modo, identificamos uma grande diferença entre o seguro-saúde e os planos de saúde, pois o primeiro é operado por uma seguradora que, mediante a cobrança de um prêmio do segurado, arca e se responsabiliza pela cobertura dos riscos de assistência médica e hospitalar e não com sua saúde. Isso quer dizer que o segurado efetua o pagamento do prêmio independentemente de utilizar o seguro (ROCHA, 1999, p. 66).

Já o plano de saúde e as empresas de medicina em grupo, de fato, diferenciam-se do seguro-saúde porque prestam o serviço médico propriamente dito ou por terceiros, mediante “o pré-pagamento efetuado para uma prestação de serviço futuro” aos associados, fornecendo médicos, hospitais e laboratórios (SANTOS, 1999, p. 45ss; TORO DA SILVA, 1998, p. 42).

Nesta assertiva, podemos concluir que o seguro-saúde reembolsa ou paga diretamente ao prestador de serviços (TORO DA SILVA, 1998, p. 43), sendo o serviço de livre escolha do segurado, vedado o serviço vinculado à sociedade seguradora ou o credenciamento. Neste sentido, a seguradora pode até fornecer uma relação de médicos que aceitem receber o reembolso da seguradora, mas ela não presta o serviço propriamente dito, como pode ocorrer com os planos de saúde ou convênios médicos (KRIGER FILHO, 2000, p. 30).

Atualmente, o seguro-saúde e o plano de saúde estão disciplinados pela Lei nº 9.656 de 3 de junho de 1998 com o

fito de regularem as operações das pessoas jurídicas de direito privado que prestam assistência à saúde (ROCHA, 1999, p. 67; NUNES, 2000, p. 13).

Apesar da lei especial, esta foi subsumida pelo novo Código Civil, no momento em que a lei civil, nos termos do artigo 777, ao regular sobre seguros, estabeleceu que “o disposto no presente capítulo aplica-se, no que couber, aos seguros regidos por leis próprias”.

Cláudia Lima Marques (1999, p. 134), ao definir o contrato de seguro-saúde, também conhecido como medicina pré-paga, mostra sua característica de contrato cativo de longa duração, pois, ao celebrar esse contrato, permanece a relação jurídica entre a operadora de seguro-saúde e o segurado.

Conclui-se que o contrato de seguro-saúde é um contrato que inicia com a assinatura do instrumento, vinculando a operadora de seguro-saúde a prestar assistência à saúde nos termos da Lei 9.656/98, mediante o pagamento de um valor mensal por parte do segurado.

O seguro-saúde existe não para garantir a saúde do segurado, mas para assegurar a cobertura dos gastos e despesas decorrentes da utilização de médicos e hospitais (SANTOS, 1999, p. 44).

CONCEITO DE SEGURO DE VIDA

Após analisar o conceito de seguro-saúde, é conveniente dizer que a Constituição Federal estabelece o direito à vida como um dos princípios fundamentais, e, logicamente, protege também a saúde do cidadão, pois sem saúde não há proteção à vida.

Essa garantia constitucional é pétrea, pois se o Estado não proteger quer a saúde ou a vida todos os demais direitos e garantias deixarão de existir.

Deste modo, o seguro de pessoa abrange o seguro de vida e é aquele que admite qualquer mensuração, pois, segundo Pedro Alvim (1983, p. 80), a vida não tem preço. O valor da vida depende da vontade exclusiva do segurado.

Como forma de garantir por completo este bem jurídico tutelado, o seguro de vida está disciplinado pela lei civil, disposta na Seção III do Capítulo XV, que disciplina sobre Seguro, nos artigos 789 a 802, referentes ao Seguro de Pessoa.

Para Silvio de Salvo Venosa (2004, p. 381), o novo conceito de seguro, disposto no artigo 757 do Código Civil de 2002, resolveu uma grande crítica quanto à definição disposta no artigo 1.432 do antigo Código Civil de 1916, pois que o antigo ordenamento jurídico não admitia que o pagamento da indenização fosse para o beneficiário do seguro de vida, mas tão-somente ao segurado, como passamos a seguir: “Art.1.432 – Considera-se contrato de seguro aquele pelo qual uma das partes se obriga para com a outra, mediante a paga de um prêmio, a indenizá-la do prejuízo resultante de riscos futuros, previstos no contrato”.

Com o novo artigo 757 do Código Civil vigente, admitiu-se a possibilidade de seguro em favor de terceiro (RODRIGUES, 2003, p. 331), manifestado da seguinte forma: “Pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado, relativo à pessoa ou à coisa, contra riscos predeterminados”.

Concluindo assim, após a mudança da lei ordinária, temos que o seguro de vida:

É o contrato pelo qual uma parte, denominada segurador, em contraprestação ao recebimento de certa soma chamada prêmio, se obriga a pagar à outra parte, ou terceiro, intitulada aquela, segurado, uma quantia determinada, sob a forma de capital ou de renda, quando se verifique o evento previsto. (GOMES, 1998, p. 415).

FUNÇÃO SOCIAL DO CONTRATO DE SEGURO-SAÚDE E DE VIDA

O cidadão sempre buscou três valores raros e valiosos para sua convivência social respaldados na “segurança, previsibilidade e proteção contra riscos futuros” (MARQUES, 1999, p. 133). Esses valores, em tese, eram fomentados pelo

Estado na satisfação dos direitos sociais básicos ao cidadão sem recursos.

As classes mais privilegiadas da população brasileira conseguiam obter esses três valores, no aspecto da saúde, com o auxílio dos médicos chamados de família, por serem de sua confiança, e no aspecto do seguro de vida, acabavam herdando recursos suficientes para a continuidade das despesas com os herdeiros, no caso do falecimento do gestor familiar.

Com o empobrecimento da população e da família, principalmente da classe média, conjugado com a impossibilidade de o Estado fornecer-lhes uma boa segurança, os cidadãos não tiveram outra saída senão buscar na iniciativa privada a garantia de sua saúde e também da segurança financeira, após a morte do patrono ou do gestor familiar.

A atividade privada aproveitou-se desse nicho de mercado e passou a incrementar a criação de hospitais e redes de saúde particulares para substituir a procura pelo serviço deficitário do Estado para essa camada da população.

É certo que a confiança e os três valores outrora depositados ao Estado passaram para os organizadores desses planos de saúde, que, por sua *standardização*, ficaram acessíveis para a população aderir à conveniência dos médicos indicados pelas operadoras (MARQUES, 1999, p. 133).

Em um primeiro momento, os planos de saúde foram utilizados por aqueles cidadãos que queriam um diferencial na saúde ou então buscavam melhores médicos que estavam conveniados aos respectivos contratos particulares.

Também a sociedade empresarial passou a celebrar os contratos de planos de saúde em benefício de seus empregados para dar mais regalia e segurança na permanência do trabalho a ser exercido por eles.

Ao mencionar os seguros de vida, as seguradoras também adotaram diversos tipos de seguro, pois sabiam da necessidade que essas pessoas tinham em se protegerem de uma falência patrimonial após a morte daquele provedor de recursos.

Hoje, os contratos de seguros de saúde ou de vida devem buscar, além do lucro almejado pela seguradora, a segurança de uma boa qualidade no serviço a ser prestado, como a garantia do pagamento indenizatório ao ser solicitado pelo segurado.

E, portanto, a legislação vigente coaduna-se com a realidade brasileira no sentido de ter definido diretrizes eficazes, ao estabelecer o contrato de seguro vinculado às regras e princípios estatuídos no Código de Defesa do Consumidor, no próprio Código Civil e, também, por ter estabelecido diretrizes severas quanto à comercialização dos planos e seguros de saúde e de vida.

Por ser um contrato de adesão elaborado, unilateralmente, pela seguradora, o Estado disciplina, com veemência, os contratos tanto de seguro-saúde quanto os de vida, para que não se prejudique o segurado ou seus beneficiários no momento de fragilidades decorrentes da doença ou da perda de alguém querido e necessário para a manutenção familiar.

Diante disto, por ter se tornado uma bolha de consumo da classe média, inclusive, os contratos de seguro-saúde e de vida têm por função social atender às expectativas daqueles que disponibilizam, quiçá, a vida toda com o pagamento do prêmio, como forma de assegurar sua velhice, enfermidades ou a garantia de um eventual recurso financeiro mesmo após a perda de seus entes queridos.

Se não houver a garantia de que o contrato seja cumprido, nos termos celebrados entre a seguradora e seus segurados, ficaremos à mercê da insegurança e totalmente desprovidos de qualquer recurso e de bom atendimento em busca de uma vida e velhice dignas.

O SEGURO-SAÚDE E DE VIDA NA RELAÇÃO EXCLUSIVA DE CONSUMO

Em consonância com a proteção que se espera na relação jurídica que se impõe entre o segurado e a seguradora, tal relação deve ser disciplinada pelos princípios e pelas

demais normas do Código de Defesa do Consumidor para que dê suporte à proteção do consumidor e, no teor deste artigo, ao seguro-saúde (NUNES JÚNIOR, 2003, p. 8) e ao seguro de vida.

Não deixa de ser um desafio, no mundo jurídico atual, a regulação de um grande número de produtos e serviços disponibilizados, visando à harmonia e à proteção das pessoas que buscam, no mercado, guarida ao seu bem jurídico contra os riscos previsíveis e imprevisíveis.

Nessa esteira, os princípios que regulam a relação firmada entre o fornecedor, na qualidade de seguradora de produtos de saúde e vida, e o próprio consumidor, na figura de consumidor final, coletivo ou beneficiário, devem ser cumpridos a partir do instante em que se tenha celebrado o contrato, emitido o bilhete de seguro ou, tão-somente, pago o prêmio, conforme estabelecido pela seguradora, sem sua recusa anterior, como passaremos a expor a partir de alguns princípios salutares a serem enfatizados na relação securitária.

PRINCÍPIOS BÁSICOS CONSTANTES NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

É notório que diante da mudança de comportamento social ocorrida do século XX, decorrente da industrialização e da massificação do consumo (GRINOVER, 2001, p. 6), o Código de Defesa do Consumidor (CDC), elaborado em 11 de setembro de 1990, por força da Lei nº 8.078, veio em boa hora regular a relação jurídica entre o consumidor e o fornecedor, concedendo a proteção ao consumidor e promovendo-a à categoria dos direitos individuais e coletivos e, concomitantemente, aos deveres impostos pelo Estado, bem como ao princípio basilar da ordem econômica (DONATO, 1993, p. 20-21), respaldados nos artigos 5º, inciso XXXII, artigo 170, e o artigo 48 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, todos dispostos na Constituição Federal de 1988.

A massificação de produtos e serviços provocou a ausência de elaboração ou disponibilidade de produtos e serviços com característica de manufatura individual, no anseio de atender à necessidade e ao perfil de cada pessoa (*mass consumption society*) (DONATO, 1993, p. 17).

Essa metodologia utilizada no mercado capitalista foi um caminho sem volta, pois é impossível imaginarmos a elaboração manual e personalizada de cada produto ou serviço para cada consumidor, diante da necessidade de consumo intenso (ALMEIDA, 1993, p. 1-2).

Como vivemos em um sistema capitalista cada vez mais globalizado, em busca da produção e do lucro incessantes, combinado com o aumento populacional, não há outra maneira de se regular a atividade de consumo sem a existência e a aplicação de um regramento jurídico e de proteção estatal que venha equalizar a relação entre o produtor ou fornecedor de um produto ou de um serviço e o seu destinatário final (ALMEIDA, 1993, p. 15).

Por força dos princípios constitucionais da dignidade humana e da livre iniciativa, o Estado deve estar sempre em busca de atingir o bem-estar social, promovendo a defesa do consumidor.

José Geraldo Brito Filomeno destaca que as normas que regulam o direito do consumidor, por força do próprio artigo 1º do *Codex*, devem ser consideradas como de ordem pública e de interesse social, sendo inderrogáveis, mesmo que as partes em um contrato renunciem a elas (FILOMENO, 2003, p. 24).

Logicamente, a vontade das partes permanece ao celebrarem um contrato, mas deve haver uma norma cogente que traga essa paridade na relação, na eminência de se evitar abusos da parte controladora do poder (SIDOU, 1977, p. 62-63).

Como o contrato de seguro está inserido em uma relação de consumo, deve ser apreciada a negociação entre a seguradora e o segurado que tenha por objeto a proteção à vida e à saúde, como direitos básicos do consumidor, em consonância

com o artigo 6º da própria lei do consumidor e também pelos princípios dispostos no capítulo referente à Política Nacional de Relações de Consumo.

Em primeiro lugar, o negócio jurídico a ser celebrado deve estar adstrito ao bem comum, respeitando a dignidade, a saúde, a proteção dos interesses econômicos, além da harmonia, boa-fé e transparência na relação jurídica que se concretiza ao celebrar um contrato de seguro de vida ou de saúde.

Como proteção efetiva a esses princípios, o artigo 4º da Lei 8.078/90 tem o fito de harmonizar a relação do consumo, tanto em favor do consumidor quanto em favor do próprio fornecedor, na medida em que devem ser estabelecidas diretrizes para sua boa atuação e controle no mercado, vedando a concorrência desleal e a utilização indevida de seu nome e/ou marcas e patentes e demais utilizações de inventos e de criações industriais indevidos (FILOMENO, 2003, p. 53; ALMEIDA, 1993, p. 12).

O próprio artigo 170 da Constituição Federal, ao admitir a livre iniciativa, na ótica da ordem econômica, define, como forma de princípio, a defesa do consumidor, ou seja, na relação entre a livre iniciativa praticada pelo fornecedor e o consumidor, devem sair vitoriosos tanto o fornecedor, na busca do lucro obtido de sua atividade, quanto o consumidor para a satisfação harmônica em seu favor.

Dessa forma, Augusto Zenun comenta que “fornecedores e consumidores devem ser tratados com rigorosa igualdade, sem proteção a qualquer deles, tendo por princípio a boa-fé de uns e de outros” (ZENUN, 1998, p. 3).

E, para essa harmonia, o Estado deve promover o controle de qualidade e de exercício das seguradoras, para que possa solucionar o conflito entre fornecedores e consumidores (ALMEIDA, 1993, p. 12; ZENUN, 1998, p. 3).

A vulnerabilidade e a hipossuficiência do consumidor devem ser apreciadas na relação de consumo, pois o consumidor não participa do controle de produção do produto ou do serviço posto à sua disposição pelo fornecedor e é a par-

te mais fraca da relação. Segundo João Batista de Almeida (1993, p. 11-15), a vulnerabilidade do consumidor é “a espinha dorsal da proteção ao consumidor”, e a presença estatal é importante para afastar tal vulnerabilidade.

Por pretender a harmonia e a equalização (ALMEIDA, 1993, p. 11) na relação de consumo, como princípios a serem perseguidos, estabeleceu-se, como direito do consumidor a possibilidade de se conceder a inversão do ônus da prova, se for difícil a busca de seu direito em face da tecnicidade do produto ou serviço.

Em se tratando de contrato de seguros de vida e de saúde, por necessidade de se comprovar por tecnicidade, o juiz de direito, diante do fato a ser provado, poderá inverter o ônus da prova para que a seguradora demonstre o fato para que o direito seja perseguido.

Também há o princípio da norma favorável ao consumidor, como maneira de se buscar essa harmonia entre o fornecedor e consumidor. Este princípio é estabelecido no próprio artigo 47 do CDC, que afirma: “as cláusulas contratuais serão interpretadas de maneira mais favorável ao consumidor” (ALMEIDA, 1993, p. 35).

O direito à proteção contratual e às práticas comerciais deve ser assegurado pela lei consumerista, para que o consumidor não fique diante de imposições e condições abusivas e evasivas, esquivando-se o fornecedor do cumprimento do contrato de seguro no momento em que for solicitado o cumprimento da indenização contratada.

Maria Antonieta Zanardo Donato, ao dispor sobre a proteção e a defesa do consumidor, esclarece que o consumidor possui, como direitos fundamentais, no que se refere aos seguros em comento, a segurança, a vida e a saúde, além da proteção à informação leal e a possibilidade de escolher os produtos e serviços, assegurando preços e condições justos (DONATO, 1993, p. 33).

Concluindo quanto aos princípios aplicáveis aos contratos de seguro, os consumidores, na qualidade de segurados, de-

vem buscar maior conscientização de seus direitos e deveres para que possam evitar conflitos indesejáveis e exercer seus direitos em decorrência de uma melhor informação (ALMEIDA, 1993, p. 13).

PRINCÍPIOS DO CDC APLICADOS ESPECIFICAMENTE NO SEGURO

Após analisar os princípios gerais aplicados à relação jurídica entre fornecedores e consumidores em geral, para a relação do seguro, devemos observar sempre o princípio da boa-fé objetiva e, também, devemos estar sempre atentos aos princípios da transparência (COELHO, 1994, p. 135), da lealdade, não deixando de firmar a importância do princípio do dever de informação, a seguir desenvolvido.

O princípio da informação – a informação na contratação do seguro

Atingindo o princípio da boa-fé objetiva estabelecida nos artigos 4º, inciso III, e também como cláusula alusiva à sua inobservância, disposta no artigo 51, inciso IV, deve-se buscar, na relação jurídica a ser celebrada entre a seguradora e o segurado, a informação precisa.

Fábio Ulhoa Coelho (1994, p. 136) esclarece que o acesso à informação é pressuposto inafastável para o consumidor realizar suas escolhas.

Segundo Cláudia Lima Marques (2004, p. 187), o dever de informar é um importante dever anexo que deve ser visualizado na fase pré-contratual.

O próprio artigo 6º do Código de Defesa do Consumidor estabelece, como um direito básico do consumidor, a informação quanto à utilização dos produtos e serviços, bem como suas características, como forma de proteção à vida, à saúde e à sua própria segurança. Assim, tal direito é aplicado aos planos de seguro-saúde ou de vida, capazes de proteger o consumidor e seus familiares.

Ao analisar esse princípio diante do contrato de seguro, faz-se necessária a sua aplicação, pois o consumidor deve

ter conhecimento prévio do produto e do serviço posto no mercado para seu consumo, principalmente como resguardo das práticas comerciais (GRINOVER, 2001, p. 215).

Deste modo, a oferta feita pela seguradora deve coadunar com os termos do negócio a ser celebrado (ALMEIDA, 1993, p. 81-82; ZENUN, 1998, p. 56). O próprio artigo 30 dispõe no sentido de que “toda informação ou publicidade, suficientemente precisa, veiculada por qualquer forma ou meio de comunicação com relação a produtos e serviços oferecidos ou apresentados, obriga o fornecedor que a fizer veicular ou dela se utilizar e integra o contrato que vier a ser celebrado”.

E o artigo 31 do mesmo *Codex* enfoca a necessidade de assegurar informações corretas, claras, precisas e ostensivas. Se não for obedecida a premissa de informação clara e objetiva em favor do consumidor, o fornecedor não estará agindo com a harmonia, transparência (BICALHO, 2004, p. 111) e boa-fé objetiva, exigidas para que o serviço ou o produto não seja eivado de vícios e abusividades, tanto na fase pré-contratual quanto na fase contratual propriamente dita.

Informação do segurado e da seguradora ao contratar o seguro

Luiz Antonio Rizzatto Nunes expõe que o direito à informação é contemplado na Constituição Federal sob três espécies (NUNES, 2004, p. 49), quais sejam: o direito de informar as pessoas físicas e jurídicas; o direito de se informar, que é uma prerrogativa concedida às pessoas, decorrendo do fato da existência de uma informação (NUNES, 2004, p. 50); e o direito a ser informado. Para o autor, “é possível exigir a informação de quem a detém, desde que sejam respeitadas a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, da maneira como se deve entender tais outras garantias” (NUNES, 2004, p. 50).

Assim, em se tratando de pessoas privadas, quer físicas, quer jurídicas, o Código de Defesa do Consumidor estabelece a obrigatoriedade de o fornecedor informar um serviço ou produto (cf. NUNES, 2004, p. 51).

E o segurado, na qualidade de consumidor, não teria, também, a obrigação de informar sobre a existência de doenças ou outros problemas que acarretariam majoração do risco? Entendemos que sim, pelas regras da função social do contrato, apesar de o CDC determinar a obrigação exclusiva do fornecedor.

Se formos buscar, analogicamente, o dever de informar disposto nos ditames constitucionais e do CDC, aplicam-se as regras para o segurado e para a seguradora, ao elaborar o pré-contrato de seguro, pois “a informação não pode faltar com a verdade daquilo que informa de maneira alguma, quer seja por afirmação, quer por omissão. Nem mesmo manipulando frases, sons e imagens para, de maneira confusa ou ambígua, iludir o destinatário da informação”, segundo Luiz Antonio Rizzatto Nunes (2004, p. 53).

Hélio Portocarrero, ao analisar o assunto, discorre: “não tenho dúvidas de que para o consumidor o mais importante é saber exatamente o tipo de serviço que está contratando. Aí os custos de justiça se tornam desnecessários porque, na verdade, estes custos acabam se refletindo nos demais participantes do programa” (MARENSI, 2007, p. 14).

Como uma das formas de veicular a informação, temos a publicidade, que deve ser produzida de forma clara, objetiva, vinculando-se nos mesmos termos da negociação futura.

O respeito à boa-fé

O contrato de seguro deve ser respaldado na boa-fé entre as partes, por ser um dos componentes da sua natureza jurídica (NETTO, 2004, p. 243).

A boa-fé “constitui-se numa fonte autônoma de deveres, independente da vontade”, e ela limita o direito subjetivo, mantendo e conservando o vínculo entre os contratantes, aperfeiçoado pelos princípios da confiança, da lealdade, da honestidade e da verdade, segundo Ruy Rosado de Aguiar Júnior (1995, p. 24-27).

Ratifica Arnoldo Wald (2003, p. 48), ao afirmar que, no contrato a ser celebrado, deve-se criar um dever de lealdade

na contratação e na execução, vinculado nas noções de confiança e de equilíbrio.

Pressupõe-se que tanto o segurado quanto o segurador celebrem o acordo pautados na melhor intenção, sendo inimaginável que alguém esteja locupletando sobre o outro, pois a honestidade e a lealdade são essenciais ao seu comportamento (MARENSI, 2007, p. 33ss).

Maria Helena Diniz (2003, p. 446) enfoca que o segurado deve ter uma conduta sincera e leal em suas declarações a respeito do seu conteúdo e dos riscos, sob pena de receber sanções em caso de omissão de informação sobre doenças preexistentes ao contratar o seguro.

O próprio Código Civil estabeleceu, em seu artigo 766, a perda da garantia assumida, além da perda do prêmio, em favor da seguradora, se o segurado ou seu representante tiverem feito declarações falsas ou inexatas. A má-fé é a atitude sem lisura para levar ou induzir o contratante ao erro.

Em se tratando de relação de consumo, indaga-se até que momento um contratante agiu ou não com má-fé.

Se o segurado tiver agido sem conhecimento do fato que pudesse dar azo à má-fé, ou se não tiver tido tal intenção, a seguradora deverá honrar o compromisso se tiver aceitado o prêmio e celebrado o contrato como se fosse perfeito e acabado.

Se a seguradora tentar se esquivar de seu compromisso de indenizar ou de oferecer a contraprestação, em se tratando de seguro de vida, aduzindo má-fé do segurado, deverá provar o porquê da recusa (NETTO, 2004, p. 250-251).

Se o segurado prestar informações incompletas, errôneas, que levem a seguradora a crer que o risco seja outro, poderá esta recusar o cumprimento da obrigação se estiver previsto contratualmente que tal nulidade ocorreria no caso de prática duvidosa do segurado.

A DOENÇA PREEXISTENTE

Entende-se por doença preexistente aquela que existe antes da celebração do contrato de seguro, seja na modalidade

de seguro de vida, seja na modalidade de seguro-doença, cujo portador tenha conhecimento técnico sobre a moléstia.

A Resolução nº 2, de 3 de novembro de 1998, do Conselho de Saúde Suplementar, definiu, em seu artigo 1º, as doenças e lesões preexistentes como “aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador ou sofredor, à época da contratação de planos ou seguros privados de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 e inc. XII do art. 35 da Lei 9.656/98 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução”.

Em consonância com os conceitos acima, Hélio Portocarrero (1997, p. 14) entende que a doença preexistente deve ser definida, contratualmente, com clareza, o que permitirá mais controle na relação jurídica.

A preexistência – conhecimento técnico e conhecimento do próprio paciente

É notória a vedação de constituição do contrato de seguro, como regra geral, se existe o conhecimento do evento danoso a ser coberto pela relação jurídica celebrada para obtenção de indenização ou, então, se já tiver passado o risco a ser segurado, nos termos da lei substantiva civil (LOUREIRO, 2000, p. 150).

Em se tratando de celebração do contrato de seguro de vida ou de saúde, normal para efeito regular de aceitação do seguro é o proponente sã e sadio, conforme bem relata Ricardo Bechara Santos (1998, p. 56). O risco, como “elemento preponderante do contrato de seguro” (SANTOS, 1998, p. 43), deve ser calculado para um evento futuro e incerto. Assim, se uma das partes tiver conhecimento do evento e da futura concretização do sinistro, faltará a natureza essencialmente aleatória para que se pague o seguro em decorrência de um sinistro.

Mesmo para a corrente que entende que o contrato de seguro é um contrato comutativo, traria um problema na quantificação de valores a serem previstos pela seguradora, para garantir o pagamento ao segurado, em caso de sinistro,

se não fosse observada a boa-fé ao aludir sobre eventual existência de doença.

Assim, se houver uma doença instalada no corpo do pretenso segurado e, a princípio, for de seu conhecimento, estaria o segurado agindo em desconformidade com a natureza do seguro em geral, e, portanto, sua omissão estaria prejudicando todo o sistema de seguros (LOUREIRO, 2000, p. 152).

Logicamente a doença preexistente contrapõe-se ao inafastável objetivo de assegurar os riscos futuros, sendo atitude reprovável, se eivados os princípios da transparência e da boa-fé.

Se a morte e a doença fossem previsões absolutas de ocorrência na vigência da apólice, a seguradora deveria estimar um valor real dos gastos com esses sinistros que, logicamente, seriam equivalentes aos valores a serem gastos e suportados somados aos demais encargos administrativos e correlatos, sob pena de não existir esse negócio (SANTOS, 1998, p. 46).

Também, se o risco não for futuro e aleatório, mas presente e iminente, o contrato de seguro de vida ou de seguro-saúde deixaria de ter a sua razão de existir, pois não haveria mais a noção do mutualismo.

Para evitar que ocorra a contratação de um seguro que tenha por objetivo a proteção à saúde do segurado ou a contratação de um eventual falecimento no período do contrato de seguro de vida, deve-se ter conhecimento concreto sobre o estado de saúde do segurado.

Portanto, a seguradora, antes de celebrar um contrato de seguro com alguém, deve respaldar-se de todas as formas técnicas necessárias para que não venha a suportar riscos, em tese, provenientes de sinistros certos em razão da doença preexistente.

Infelizmente, essa conduta não ocorre por parte da contratante seguradora, ao promover exames prévios e técnicos que constatem eventuais doenças preexistentes presentes em seus futuros segurados, por questões de custos, trazendo

margens a dúvidas e discussões litigiosas ao negar a cobertura de seguros.

Por uma questão cultural e de concorrência de mercado, trata-se de conduta quase imprevisível, pois majoraria, evidentemente, os preços ou limitaria os riscos cobertos na apólice. Essa prática comercial aplica-se, principalmente, nas contratações de seguro de vida.

Quantos seguros de vida são celebrados em instituições bancárias que têm vínculos com seguradoras ou formam um grupo empresarial e, na ânsia de fechar rentabilidades em suas carteiras, estes profissionais (gerentes de contas), bem como os próprios corretores de seguros, preenchem as propostas e apólices de seguro pedindo ao postulante somente sua assinatura?

Além disso, ao se tratar dos seguros de vida feitos em grupos, não há tempo nem condições estabelecidos para se fazer exames prévios.

Ora, se a própria captação de segurados nasce com defeitos quanto à obtenção de dados exatos à informação da existência das doenças, a seguradora deve assumir a atividade econômica empresária quanto ao risco de arcar com o sinistro, pela própria forma de captação de clientela e recursos.

No que se refere ao conhecimento do segurado quanto à existência da doença, deve ser analisado sob alguns aspectos.

Sabemos que as informações são prestadas, até prova em contrário, respaldadas na boa-fé entre as partes, premissa essencial que deve ser perseguida entre os contratantes, e principalmente, ao se mencionar em contrato de seguro.

Pelos princípios do Direito, é importante ressaltar que a segurança e a tranquilidade buscadas no seguro repousam na veracidade das informações que, formalmente, a seguradora solicita e necessita do segurado, no momento da contratação, sob pena de restar comprometida toda a massa de segurados (SANTOS, 1998, p. 46).

Mas, logicamente, o segurado comum, ao preencher qualquer formulário de inexistência de doenças ou infor-

mar a inexistência de moléstias, não está respaldado com a tecnicidade necessária que se requer para dar validade a essa declaração.

A simples declaração do segurado, não havendo nenhum suporte técnico que assegure, por um diagnóstico médico preciso, seu conhecimento sobre a doença declarada, não poderá dar azo a recusa por parte da seguradora.

Assim, se a seguradora firmou o contrato de seguro, quer seja de vida, quer seja de seguro-saúde, e não tomou o cuidado de certificar a existência de doenças que pudessem impactar no risco futuro, deve responsabilizar-se pelo pagamento da indenização estabelecida no contrato, porque o segurado desconhecia, por suporte técnico ou por qualquer outra forma, a existência de doenças.

Se o segurado tinha conhecimento técnico em razão de laudos, tratamentos e consultas anteriores à contratação do seguro, cabe, também, à seguradora comprovar esse conhecimento, sob pena de arcar com os custos e indenizações segurados.

A Lei 9.656 de 1998 dispôs, em seu artigo 11 e seu Parágrafo Único, a vedação de exclusão e limitação de carências de cobertura de doenças e lesões preexistentes à data da contratação dos produtos dispostos na referida lei se não for provada qualquer fraude ou má-fé do segurado (NUNES, 2000, p. 31).

O prazo de carência de 24 meses, disposto no referido artigo 11 da Lei 9.656/98, está condicionado ao conhecimento prévio da doença pelo segurado, a ser comprovado pela seguradora. Caso contrário, não poderá existir nenhum período que possa vedar o tratamento de qualquer doença, mesmo que preexistente.

Se, porventura, o segurado necessitar de atendimento e tratamento médicos, a seguradora deverá cobrir os termos contratados até eventual descoberta de preexistência da doença conhecida pelo consumidor, nos termos do parágrafo único do aludido artigo 11 (NUNES, 2000, p. 32-33).

Como foi ressaltado acima, pelo princípio da boa-fé objetiva, a seguradora deveria proceder a exames prévios que demonstrassem, de fato, a existência diagnosticada da doença sob pena de assumir o risco do contrato assegurado.

Para que seja caracterizada a fraude e ocorra a resolução ou suspensão do contrato, deve-se provar a má-fé perpetrada pelo consumidor após ter havido resultado do julgamento do Ministério da Saúde.

Esta previsão está assegurada no teor dos parágrafos 1º ao 7º do artigo 7º da referida Resolução nº 2, de 3 de novembro de 1998, do Conselho de Saúde Suplementar, que estabelecem que a seguradora a par de que o consumidor tinha conhecimento da doença ou lesão preexistente, deveria informá-lo para que se manifestasse, posteriormente, a respeito do fato.

Entendemos, porém, que a aludida previsão de responsabilidade do consumidor perante as informações deve ser ponderada, visto que, em muitos casos, o próprio interessado desconhece eventual enfermidade.

O eventual conhecimento leigo do consumidor não pode dar ensejo à recusa por parte da seguradora, alegando que ele sabia da existência de uma doença. O que se espera é que esse conhecimento seja confirmado por um diagnóstico médico, que apresente a tecnicidade exigida, e não a mera presunção.

Logicamente a boa-fé deve ser perseguida, porém não pode, em caso de dúvidas, prejudicar o atendimento ao consumidor ou, ainda, cobrá-lo por valores acima do pactuado no contrato, sem que haja análise judicial a esse respeito. Antonio Carlos Otoni Soares afirma que,

Todas as providências que o segurador pretenda tomar, para se acautelar no sentido da realização ou não de um bom negócio, deverão se concretizar até a expedição da apólice, porque expedida a apólice, o contrato está devidamente formalizado e sua eventual nulidade só poderá ser decretada pela Justiça. (SOARES, 1975, p. 124).

CONCLUSÃO

O contrato de seguro consolida-se cada vez mais na sociedade, no afã de buscar a proteção dos bens considerados valiosos e escassos pelo cidadão, dos riscos a eles inerentes, dentre eles a vida e a saúde, como bens constitucionalmente protegidos.

Com o desenvolvimento atuarial e o aprimoramento na especificação e na qualificação do risco, as seguradoras foram dando mais guaridas aos segurados, em busca de garantia do pagamento de indenização, após a morte do ente segurado, ou até para assegurar seu próprio tratamento médico e hospitalar, sem levar a família à ruína financeira.

Não podemos deixar de lado que as seguradoras buscaram metas atuariais que as resguardassem de eventuais quebras no sistema de seguros, mensurando, tecnicamente, um valor que comportasse o pagamento do sinistro e das demais despesas estabelecidas para a existência da estrutura do seguro.

O seguro-saúde e o seguro de vida devem ser ressarcidos de acordo com a ocorrência do evento previsto, nas condições estabelecidas no contrato, evitando-se o locupletamento ilícito por qualquer uma das partes.

Diante dos novos ditames estabelecidos no Código de Defesa do Consumidor e no Código Civil, boa-fé, veracidade e transparência são os princípios fundamentais que asseguram a proteção da relação jurídica firmada entre o segurador e o segurado, no tocante a garantir o pagamento do seguro, ao estar sob discussão a preexistência da doença, seja no seguro de vida, seja no seguro-saúde.

Neste sentido, se o segurado deixar de informar à seguradora a existência de uma doença de que é conhecedor, estará agindo de má-fé, com isso trazendo um impacto no risco e na tabela atuarial da fornecedora de serviços, prejudicando os demais segurados que fielmente venham a contribuir com o mutualismo. Daí ser a boa-fé fundamental para a permanência do seguro.

A mesma boa-fé deve também ser aplicada por parte da seguradora, inserindo clausulados com termos claros, específicos, transparentes, para que não iluda, produza e induza o consumidor em erro e nem se esquivar de indenizar o consumidor, alegando a preexistência.

O divisor de águas está na apuração da boa ou má-fé do segurado ao celebrar o contrato de seguro, sendo conhecedor ou não do diagnóstico da doença.

Se, por sua vez, a seguradora não determinar exames prévios que diagnostiquem a doença preexistente, não poderá ela se esquivar das responsabilidades contratuais por não ter buscado, ao contratar o negócio com o segurado, meios suficientes para averiguar a existência de doenças que pudessem impedir a cobertura ou a majoração do prêmio.

Conclui-se que a doença preexistente deve ser devidamente provada pela seguradora, antes da celebração do contrato firmado com o segurado. Além disso, o conhecimento da moléstia que provocou o sinistro deve ser técnica e não meramente suposta.

Admitimos, portanto, a exclusão de cobertura por parte da seguradora alegando doença preexistente se esta provar a má-fé perpetrada pelo segurado, sob pena de dever reparar pela assunção do risco proposto ao segurado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUIAR JÚNIOR, R. R. A boa-fé na relação de consumo. **Revista Direito do Consumidor**, São Paulo, RT, v. 14, abr.-jun. 1995.
- ALMEIDA, J. B. **A proteção jurídica do consumidor**. São Paulo: Saraiva, 1993.
- ALVIM, P. **O contrato de seguro**. Rio de Janeiro: Forense, 1983.
- AZEVEDO, A. J. A boa-fé na formação dos contratos. **Revista do Direito do Consumidor**, São Paulo, RT, v. 3. set.-dez. 1992.
- BICALHO, A. B. R. Os contratos de plano de saúde e a sua revisão jurisdicional. **Revista de Direito do Consumidor**, v. 49. São Paulo: RT, 2004.
- BITELLI, M. A. S. A função social da empresa. In: CAMARGO, R. G. (Coord.). **Temas de direito civil constitucional**. São Paulo: RT, 2000.
- CATA PRETA, H. L. N. **Gerenciamento de operadoras de planos privados de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: Fundacion Mapfre Estudios/Funenseg, 2004.

- COELHO, F. U. **Curso de direito comercial**. São Paulo: Saraiva, 2003. v. I.
- _____. **Curso de direito comercial**. São Paulo: Saraiva, 2005. v. III.
- _____. **O empresário e os direitos do consumidor**. São Paulo: Saraiva, 1994.
- DINIZ, M. H. **Tratado teórico e prático dos contratos**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2003. v. IV.
- DONATO, M. A. Z. **Proteção ao consumidor**: conceito e extensão. São Paulo: RT, 1993.
- DONNINI, R. F. **A Constituição Federal e a concepção social do contrato**: temas atuais de Direito Civil na Constituição Federal. São Paulo: RT, 2005.
- FERNANDES NETO, A. J. **Plano de saúde e direito do consumidor**. Belo Horizonte: Del Rey, 2002.
- FERREIRA, W. J. **Estudos sobre os seguros de pessoas**. Rio de Janeiro: IRB, 1985.
- FILOMENO, J. G. B. **Manual de direitos do consumidor**. São Paulo: Atlas, 2003.
- GODOY, C. L. B. **Função social do contrato**: os novos princípios contratuais. São Paulo: Saraiva, 2004.
- GOMES, O. **Contratos**. Rio de Janeiro: Forense, 1998.
- GRINOVER, A. P. **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor, comentado pelos autores do anteprojeto**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- GRINOVER, A. P et al. **Código Brasileiro de Defesa do Consumidor, comentado pelos autores do anteprojeto**. 7. e 8. eds. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001 e 2004.
- KRIGER FILHO, D. A. **O contrato de seguro no direito brasileiro**. São Paulo: Frater et Labor Juris, 2000.
- LOUREIRO, L. G. A V. **Seguro-saúde**. São Paulo: Lejus, 2000.
- MARENSI, V. **O seguro no direito brasileiro**. São Paulo: Thompson, 2007.
- MARQUES, C. L. **Saúde e responsabilidade**: seguros e planos de assistência privada à saúde. São Paulo: RT, 1999.
- _____. **Contratos no Código de Defesa do Consumidor**. 4. ed. São Paulo: RT, 2004.
- _____. Planos privados de assistência à saúde. Desnecessidade de opção do consumidor pelo novo sistema. Opção a depender da conveniência do consumidor. Abusividade de cláusula contratual que permite a resolução do contrato coletivo por escolha do fornecedor. **Revista Direito do Consumidor**, São Paulo, RT, v. 31, jul.-set. 1999.
- NASCIMENTO, T. M. C. **Comentários ao Código do Consumidor**. Rio de Janeiro: Aide, 1991.
- NETTO, N. R. Dos direitos das obrigações. In: ALVIM, A.; ALVIM, T. (Coords.). **Comentários ao Código Civil Brasileiro**. Rio de Janeiro: Forense, 2004. v. VII.

- NUNES, L. A. R. **Curso de direito do consumidor**. São Paulo: Saraiva, 2004.
- _____. **Comentários à lei de plano de assistência à saúde**. São Paulo: Saraiva, 2000.
- NUNES JÚNIOR, V. S; SERRANO, Y. A. P. **Código de Defesa do Consumidor**. São Paulo: Saraiva, 2003.
- OLIVEIRA, A. F. Regulamentação dos planos de saúde e proteção da pessoa humana. **Revista de Direito do Consumidor**, São Paulo, RT, n. 51, jul.-set. 2004.
- PEREIRA, C. M. S. **Instituições de direito civil**. Rio de Janeiro: Forense, 2004.
- PORTOCARRERO, H. **Revista Seguro Moderno**, Rio de Janeiro, n. 24, 1997.
- PÓVOAS, M. S. **Na rota das instituições do bem-estar, seguro e previdência**. Rio de Janeiro: Green Forest do Brasil, 2000.
- ROCHA, S. L. F. Tipos de planos e coberturas na Lei 9.656/98. **Saúde e responsabilidade, seguros e planos de assistência privada de saúde**. São Paulo: RT, 1999.
- RODRIGUES, S. **Direito civil**: dos contratos e das declarações unilaterais da vontade. São Paulo: Saraiva, 2003. v. 3.
- SÁ, J. A. P. FÓRUM JURÍDICO DO SEGURO PRIVADO. 4., **Anais...** Rio de Janeiro, 1997.
- SANTOS, R. B. **Direito de seguro no cotidiano**. Rio de Janeiro: Forense, 1999.
- _____. **Doenças preexistentes no seguro de vida**: caderno de seguros. Coletânea. Rio de Janeiro: Funenseg, 1998 e 2001. v. 1.
- SIDOU, J. M. Othon. **Proteção ao consumidor**. Rio de Janeiro: Forense, 1977.
- SILVA, J. A. **Curso de direito constitucional positivo**. 15. ed. São Paulo: Malheiros, 1998.
- SILVA, J. L. T. **Comentários à lei dos planos de saúde**. São Paulo. Síntese, 1998.
- SOARES, A. C. O. **Fundamento jurídico do contrato de seguro**. Rio de Janeiro: Manuais Técnicos de Seguros, 1975.
- THEODORO JÚNIOR, H. **Revista dos Tribunais**, v. 832. São Paulo: RT, fev. 2005.
- TZIRULNIK, E. **Contrato de seguro de acordo com o novo Código Civil Brasileiro**. São Paulo: RT, 2003.
- VENOSA, S. S. **Direito civil**. São Paulo: Atlas, 2004.
- WALD, A. Novos aspectos do contrato de seguro. **Revista de Direito Mercantil, Industrial, Econômico e Financeiro**, São Paulo, Malheiros, v. 113, 1999.
- _____. O Novo Código Civil e a evolução do regime jurídico dos contratos. **Revista de Direito Mercantil, Industrial, Econômico e Financeiro**, São Paulo, Malheiros, v. 130, 2003.
- ZENUN, A. **Comentários ao Código do Consumidor**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense, 1998.